



Do domu z nowym sercem albo... małą pompą



fot. Magdalena Szewc

55 transplantacji serca i 15 wszczepionych przenośnych pomp wspomagających pracę tego narządu – to bilans Instytutu Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu od rozpoczęcia programu przeszczepiania serca w lutym ub. r. do połowy maja br. USK pozostaje jedynym ośrodkiem w regionie, a jednym z sześciu w Polsce, gdzie można przeprowadzać obie procedury. Najnowszej generacji pompy HeartMate III, z którymi pacjent może po prostu iść do domu i przez dłuższy czas normalnie żyć, w Polsce mają prawo implantować jedynie ośrodki przeszczepowe. Urządzenia te są traktowane jako pomost do transplantacji serca i mają na celu umożliwić choremu dotrwanie w co najmniej zadowalającej kondycji fizycznej do docelowego zabiegu. Uzupełnienie programu transplantacji o nowe metody wspomagania mechanicznego pozwala USK zabezpieczyć potrzeby najciężej chorych kardiologicznie z całego Dolnego Śląska, a nawet najbliższych Wrocławia ośrodków kardiologicznych położonych poza granicą województwa.

Czytaj na str. 4-5

Razem dla ochrony zdrowia Dolnoślązaków

Zacieśniamy współpracę z samorządem województwa dolnośląskiego w zakresie ochrony zdrowia. Porozumienie podpisane przez rektora UMW prof. Piotra Ponikowskiego i wicemarszałka Marcina Krzyżanowskiego na rzecz współpracy w ochronie zdrowia na terenie Dolnego Śląska wskazuje najważniejsze inwestycje i projekty do realizacji w najbliższych latach.



fot. of. mat. pras.

Na liście znalazły się:

- budowa Nowego Szpitala Onkologicznego, do którego przeniesione zostanie Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii,
- utworzenie zintegrowanego Instytutu Pediatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego,
- utworzenie Instytutu Hematoonkologii na bazie USK,
- powołanie w strukturach USK Centrum Nowoczesnych Technologii i Sztucznej Inteligencji w Ochronie Zdrowia,
- rozwój medycyny robotycznej w oparciu o infrastrukturę USK oraz samorządu województwa.

– Wszyscy w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu w oczywisty sposób czujemy się współodpowiedzialni za zdrowie mieszkańców Dolnego Śląska. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w wojnie z pandemią był na pierwszej linii frontu, a przecież w tym samym czasie oferowaliśmy pacjentom wysokospecjalistyczne usługi. Przypomnę, że to w tym trudnym czasie rozwinęliśmy program transplantacji serca – podkreśla rektor UMW prof. Piotr Ponikowski. – Jednocześnie siły jesteśmy w stanie zabezpieczyć kluczowe obszary opieki zdrowotnej i nie tylko zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę, ale także rozwijać usługi medyczne w naszym kraju. To gwarancja inwestycji w zdrową przyszłość nas wszystkich.

Obok rozwoju infrastruktury za równie ważną kwestię uznano inwestycje w kadry medyczne. Strony zobowiązały się do poszerzenia bazy dydaktycznej i klinicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, uzyskania środków z Ministerstwa Zdrowia na zwiększenie liczby miejsc na kierunkach medycznych oraz rozwój programów szkoleniowych.

Walka z sepsą



Światowe autorytety w dziedzinie diagnostyki i leczenia sepsy wezmą udział w konferencji „Postępy w Anestezjologii i Intensywnej Terapii” połączonej z IV Polskim Kongresem „Pokonać Sepsę”. Wydarzenie zorganizowane jest przez Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMW oraz stowarzyszenie „Pokonać Sepsę” pod patronatem rektora UMW, prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i Prezydenta Wrocławia.

Czytaj na str. 3

Z ziemi włoskiej...



Dwa transporty leków i środków medycznych o wartości 20 tys. euro trafiły do Tarnopola za pośrednictwem USK, dzięki stowarzyszeniu „Strażacy Wspólnie Przeciwko Białaczce” z Lubina oraz organizacjom z Włoch. Tarnopolski Uniwersytet Medyczny jest bazą, z której najpotrzebniejsze w czasie wojny medykamenty trafiają do szpitali w całej Ukrainie. Kolejne dwa transporty wyruszą na przełomie maja i czerwca.

Czytaj na str. 6

Leczenie dzieci



Konieczne jest nowe podejście do leczenia dzieci. Nieporozumieniem są wędrówki z chorym dzieckiem od specjalisty do specjalisty w poszukiwaniu właściwej diagnozy, badania wykonywane w wielu różnych pracowniach, długie oczekiwania na konieczne konsultacje, przedłużające się pobyty w szpitalu bez wskazań medycznych – ocenia dr Ewa Willak-Janc, dolnośląski konsultant w dziedzinie pediatrii.

Czytaj na str. 7

Terapia CAR-T refundowana dla dorosłych pacjentów z chłoniakiem

Pacjenci z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem rozlanym z dużych komórek B (DLBCL) od 1 maja będą mieli dostęp do refundowanej nowatorskiej terapii CAR-T. Dla wielu chorych, u których standardowe metody leczenia okazały się nieskuteczne, oznacza to szansę na długotrwałą remisję lub całkowite wyzdrowienie. Chłoniak DLBCL to już druga choroba, w której CAR-T w Polsce będzie finansowana przez NFZ. Od 1 września 2021 roku z refundowanej terapii mogą skorzystać pacjenci do 25 r. ż. z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek B.



foto: T. Waiłow

– To zupełnie inna populacja chorych, dotychczasowa refundacja dotyczyła głównie dzieci chorych na białaczkę, a teraz szansę dostają dorośli, cierpiący na bardzo agresywną i trudną do leczenia formę chłoniaka – mówi prof. Anna Czyż z Katedry i Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

– Z refundowanej CAR-T będą mogli skorzystać ci chorzy na DLBCL, którzy nie odpowiadają na co najmniej dwie linie leczenia standardowego. Do tej pory niewiele mieliśmy im do zaoferowania. Terapia CAR-T, w której wykorzystuje się odpowiednio zmodyfikowane komórki własnego układu odpornościowego chorego, daje bardzo dobre efekty – dzięki niej uzyskuje się długotrwałe odpowiedzi u ponad 40 proc. pacjentów w tej grupie chorych. Ze względu na wysokie koszty dla naszych pacjentów była niedostępna. Dzięki refundacji to się zmieni, co bardzo nas cieszy.

CAR-T polega na modyfikacji genetycznej limfocytów T pobranych od chorego w taki sposób, by „nauczyl się” rozpoznawać komórki nowotworowe i je niszczyć. Proces modyfikacji odbywa się poza organizmem pacjenta, w specjalistycznych laboratoriach

w USA i Europie, a cała procedura jest skomplikowana także pod względem logistycznym.

Prof. Anna Czyż ocenia, że we wrocławskiej klinice rocznie leczonych jest kilkunastu chorych na chłoniaka opornego na dotychczas stosowane metody leczenia, co jest wskazaniem do refundowanej terapii CAR-T. Obecnie Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku USK jest w trakcie procesu certyfikacji producenta terapii CAR-T.

– Mamy nadzieję, że zakończy się on jeszcze w tym roku i będziemy mogli stosować tę nowatorską metodę na miejscu – dodaje prof. Czyż. – Do tego czasu będziemy kierować naszych pacjentów do jednego z ośrodków już certyfikowanych, znajdujących się najbliżej miejsca zamieszkania chorego.

W Polsce obecnie certyfikację do

stosowania CAR-T w obu wskazaniach ma 6 ośrodków. Dla dzieci jedynym pozostaje Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, która w 2019 r., jako pierwsza w Polsce przeszła proces certyfikacji, potwierdzający gotowość do leczenia terapią genową CAR-T pacjentów pediatrycznych, z oporną lub nawrotową ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL). Komórki CAR-T zostały po raz pierwszy zastosowane w 2020 r. u 11-letniego chłopca, zmagającego się z białaczką przez siedem lat. Przez ten okres otrzymał on wszelkie możliwe formy terapii, w tym dwie allogeniczne transplantacje komórek krwiotwórczych od dwóch różnych dawców. Pierwsza terapia była możliwa jedynie dzięki darczyńcom.

Pielęgniarka – niepożądany zawód z przyszłością



foto: T. Waiłow

– 140 pielęgniarek przyjęlibyśmy do pracy natychmiast – przyznaje Violetta Magiera, dyrektor ds. pielęgniarstwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, w którym zatrudnionych jest 1600 pielęgniarek i położnych. – Od wielu lat borykamy się z trudnościami w pozyskiwaniu tego personelu, mimo podejmowania przeróżnych działań. Publikujemy ogłoszenia, organizujemy akcje reklamowe, drzwi otwarte, itp. Mimo to cały czas mamy braki. A przecież szpital nieustannie się rozwija, wprowadzamy nowe formy działalności i potrzebujemy coraz więcej personelu medycznego.

Prof. Izabella Uchmanowicz, kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa UMW nie ukrywa, że z trudem udaje się wypełnić udostępnione miejsca na pielęgniarstwie. – Ostatnio obserwujemy coraz większe zainteresowanie tym kierunkiem ze strony ratowników medycznych, ale wcale nas to nie cieszy, bo ich także brakuje w systemie – mówi prof. Uchmanowicz.

Średnia wieku pielęgniarki i położnej w USK (a także pielęgniarka i położnego, bo w USK pracuje w tym zawodzie ok. 10 panów) wynosi 48,5 roku. To i tak o kilka lat mniej niż przeciętna w regionie. Dyrektor

Magiera dodaje, że zdecydowana większość z tych, którzy osiągają wiek emerytalny, decyduje się kontynuować pracę w szpitalu. Nawet, jeśli zostają na rok czy dwa, ratuje to sytuację kadrową. W opinii dyrektor ds. pielęgniarstwa małe zainteresowanie zawodem spowodowane jest jego trudnością. Praca z ludźmi zawsze nie jest łatwa, a już szczególnie z ludźmi chorymi. Do tego dochodzi ogromna odpowiedzialność, nieporównywalna z innymi profesjami, w których można liczyć na zbliżone zarobki.

Czy napływ uchodźców z Ukrainy, wśród których są także pielęgniarki, poprawi sytuację w Polsce? – Sądzę, że to możliwe, by podobnie jak w wielu innych europejskich państwach, także u nas pielęgniarki zza granicy stały się normą w szpitalach – uważa Violetta Magiera. – Jednak nie stanie się to natychmiast, to wieloletni proces. W tej chwili zatrudniamy 6 pielęgniarek obywaterek Ukrainy, ale większość podjęła pracę wcześniej, tylko jedna pani dotarła do nas po wybuchu wojny. Zainteresowanych jest wiele, ale procedury

związane z prawem wykonywania zawodu w Polsce trwają. Te osoby, które są w ich trakcie i czekają na zatwierdzenie formalności, zatrudniamy m.in. jako salowe na oddziałach, na których będą potem chciały pracować jako pielęgniarki. Obecnie mamy 11 takich pań, ale wciąż zgłaszają się kolejne.

Zachęcając do studiowania pielęgniarstwa prof. Uchmanowicz podkreśla, że to już zawód inny niż przed laty, dający wiele możliwości.

– To naprawdę studia z przyszłością, nie tylko dlatego, że pielęgniarka czy położna nie ma szans na bezrobocie – przekonuje kierownik Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa UMW. – Zawsze znajdzie pracę, i to nie tylko przy pacjentach w szpitalach czy przychodniach, gdzie także w ostatnich latach poprawiły się zarobki. Ponadto istnieje wiele ścieżek kariery w tym zawodzie, są różne role do spełnienia. Można pracować samodzielnie, być menadżerem, robić karierę naukową. To naprawdę świetny zawód, który wprawdzie jest odpowiedzialny, to także bardzo satysfakcjonujący.

Na dzienne studia pielęgniarskie na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu przyjmuje się rocznie ok. 140 osób i tyle też je kończy. Taką liczbę pielęgniarek od zaraz jest w stanie zatrudnić jeden szpital w regionie, więc w kontekście potrzeb placówek medycznych Dolnego Śląska to kropla w morzu. Tymczasem średnia wieku pielęgniarki w naszym regionie przekroczyła już 55 lat. Zdaniem ekspertów, jeśli nawet tę lukę będzie można wypełnić poprzez napływ przedstawicieli tego zawodu z Ukrainy, nie stanie się to natychmiast.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu „Jesteśmy po to, aby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną”

SZUKAMY PRACOWNIKÓW!

Wymagania:

- Pielęgniarek/Pielęgniarzy
- Ratowników Medycznych
- Opiekunów Medycznych

- dyplom ukończenia szkoły
- prawo wykonywania zawodu *

* dotyczy pielęgniarek/pielęgniarzy, położnych

Zatrudnienie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym wiąże się z interesującą pracą pełną wyzwań.

Jako Szpital oferujemy:

- gwarancję stabilności warunków wynagrodzenia oraz zatrudnienia,
- formę zatrudnienia wg preferencji: umowę o pracę, kontrakt, zlecenie,
- pracę w oparciu o najwyższe standardy opieki nad pacjentem na wysokiej jakości sprzęcie specjalistycznym oraz możliwość ciągłego doskonalenia zawodowego,
- pakiet świadczeń socjalnych jak wczas pod gruszą czy dofinansowanie do pakietu sportowego,
- współpracę w miłej atmosferze z doświadczonym zespołem.

ZAPRASZAMY NA DNI OTWARTE W KAŻDY OSTATNI PIĄTEK MIESIĄCA

GODZ. 10:00
SALA 3.48
BUDYNEK H
PO WCZEŚNIEJSZYM
KONTAKCIE
TELEFONICZNYM
(71-733-1192)
(71-733-1245)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny to kompleks szpitalny składający się z Instytutu i Centrów Medycznych, z 32 Klinik, bloków operacyjnych, obszarów diagnostycznych, laboratoriów, 30 poradni.

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
IM. JANA MIKULICZA - RADECKIEGO WE WROCŁAWIU
Ul. Borowska 213

Zatrudni pracownika socjalnego

Wymagane kwalifikacje i oczekiwania w stosunku do Kandydata

1. Dyplom ukończenia Kolegium pracowników służb społecznych lub ukończone studia wyższe na kierunku praca socjalna;
2. Mile widziane doświadczenie w pracy na stanowisku pracownika socjalnego w szpitalu lub innej instytucji pomocowej.

Ze swej strony zapewniamy życzliwą atmosferę, stabilną pracę, pakiet socjalny oraz możliwość rozwoju.

Oferty (CV i list motywacyjny) zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych prosimy składać na adres e-mail: djb@usk.wroc.pl



Specjaliści z całego świata w sojuszu w walce z sepsą

fot. Archiwum USK



► Prof. Waldemar Goździk (z lewej) i prof. Andrzej Kübler.

Podczas pandemii prezes Stowarzyszenia na Rzecz Badań i Leczenia Sepsy „Pokonać Sepsę” prof. Andrzej Kübler, w ramach przeciwdziałania dezinformacji propagował stanowisko międzynarodowej organizacji Globalnego Sojuszu ds. Sepsy (Global Sepsis Alliance-GSA), przypominając o podstawowych definicjach związanych z zakażeniami i sepsą:

„Sepsa jest zespołem zagrażających życiu objawów niewydolności narządów wywołanym rozregulowaną reakcją organizmu na zakażenie. Każde zakażenie, także wirusowe. Jak wynika z doświadczeń epidemii COVID-19 w Chinach, 26 proc. zakażonych leczonych było w oddziałach intensywnej terapii (OIT). U 60 proc. z nich wystąpiły objawy niewydolności narządowej a u 31proc. objawy wstrząsu. Zmarło 4 proc. leczonych pacjentów. Pacjenci leczeni na OIT z zagrażającą życiu niewydolnością narządową z powodu koronawirusa mieli objawy sepsy i zmarli wśród objawów sepsy”.

Światowe autorytety w dziedzinie diagnostyki i leczenia sepsy wezmą udział w XXXIII Konferencji „Postępy w Anestezjologii i Intensywnej Terapii” połączonej z IV Polskim Kongresem „Pokonać Sepsę”. To ważne medyczne wydarzenie zorganizowane jest 9-11 czerwca br. we Wrocławiu przez Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Stowarzyszenie na rzecz Badań i Leczenia Sepsy „Pokonać Sepsę” pod honorowym patronatem rektora UMW, prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i Prezydenta Wrocławia. Obrady poświęcone będą głównie innowacjom w anestezjologii i intensywnej terapii, a także m.in. konsekwencjom sepsy, która – jak podkreślają organizatorzy – jest najgroźniejszym wykładnikiem pandemii COVID-19.

Na sepsę, czyli uogólnioną reakcję organizmu na zakażenie, każdego roku umiera na świecie więcej osób niż z powodu chorób kardiologicznych i wypadków komunikacyjnych razem wziętych. Według aktualnej publikacji w czasopiśmie „Lancet” z powodu sepsy w 2017 roku zmarło 11 mln przypadków, co stanowi 19,7% wszystkich zgonów. Jednak tylko w niewielu krajach prowadzi się szczegółowe rejestry sepsy więc liczba ta może być niedoszacowana. Niestety, dotyczy to także Polski, gdzie nie każdy przypadek sepsy jest prawidłowo rozpoznany, nie mówiąc już o jego udokumentowaniu. Problemem – często dosłownie na wagę życia – pozostaje prawidłowe postępowanie medyczne, konieczne do uratowania chorego.

Konieczna szybka reakcja

– Gdy sepsa zaczyna się już rozwijać, mamy niezwykle mało czasu, by podjąć skuteczne działania terapeutyczne – mówi prof. Waldemar Goździk, kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, który wspólnie z prof. Andrzejem Küblerem kieruje komitetem naukowym i organizacyjnym kongresu. – Najlepiej, jeśli zespół leczący podejmie interwencje terapeutyczne w ciągu jednej godziny od pojawienia się pierwszych objawów. W praktyce jest to możliwe najczęściej na od-

działach intensywnej terapii, choć można wypracować procedury odpowiedniej interwencji także na innych oddziałach. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym (USK) we Wrocławiu mamy Zespół Szybkiego Reagowania (ZSR), który dociera do pacjentów ze wszystkich klinik i interweniuje na miejscu. W jego skład wchodzi specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Prof. Goździk podkreśla dużą świadomość personelu USK na temat sepsy, co ułatwia działanie ZSR. Telefony z informacją „chyba mamy sepsę na oddziale” zwykle się potwierdzają, dzięki czemu pacjent może szybko otrzymać pomoc i ma szansę na przeżycie. Jednak ogólnie ze świadomością sepsy w Polsce, nawet w środowisku medycznym, nie jest najlepiej. Wciąż pokutują mity na jej temat (np. że rozwija się z brudu), stosuje się niewłaściwą definicję (np. ograniczając rozumienie sepsy do zapalenia opon mózgowych), brakuje wiedzy na temat postępowania w razie wystąpienia sepsy, a także zasad jej zapobiegania. Wciąż zbyt często sepsę rozpoznaje się dopiero na oddziale intensywnej terapii, gdy jest już zaawansowana i trudniejsza do leczenia. Z tego powodu śmiertelność w sepsie pozostaje na wysokim poziomie – co drugi chory umiera, gdy sepsa wnikła jest wstrząsem. Upowszechnianiu najnowszych informacji na ten temat oraz zmieniających się wytycznych służą właśnie organizowane we

Wrocławiu kongresy. Zapraszani są na nie specjaliści medycyny zabiegowej i niezabiegowej, podstawowych nauk medycznych, ale także nauk pozamedycznych, pielęgniarstwa czy ratownictwa medycznego, bo i oni mają swój udział w ratowaniu chorych z sepsą. A takich pacjentów jest coraz więcej.

Jak wskazuje stowarzyszenie „Pokonać Sepsę”, liczba przypadków sepsy rośnie z kilku powodów. Jednym z nich jest fakt, że we współczesnych społeczeństwach jest coraz więcej osób z upośledzeniem funkcji układu odpornościowego. Rośnie liczba pacjentów poddanych inwazyjnym zabiegom zarówno w wieku bardzo młodym, jak i bardzo zaawansowanym, rośnie liczba chorych ze schorzeniami przewlekłymi, wzrasta odsetek populacji w wieku podeszłym. Dodatkowym powodem jest dramatyczny wzrost oporności bakterii na antybiotyki.

Jednym z gości tegorocznego kongresu jest prof. Mervyn Singer z University College London, współtwórca aktualnej definicji sepsy, która jest podstawą jej rozpoznania. Zaproszenie przyjął także prof. Craig M Coopersmith z Atlanty współautor aktualnych wytycznych postępowania w sepsie. W środowisku specjalistów oczekiwane są kolejne zmiany zarówno definicji, jak i wytycznych.

– We wczesnej diagnostyce sepsy nadal jesteśmy bezradni, a jest to kwestia kluczowa, bo gdy zaczyna

się rozwijać, pozostaje bardzo niewiele czasu – mówi prof. Waldemar Goździk. – Obecnie bazujemy na trzech parametrach: zaburzenie stanu świadomości, hiperwentylacja i spadek ciśnienia tętniczego krwi. Szukamy kolejnych wskaźników, dzięki którym szybkie rozpoznanie sepsy będzie możliwe.

Sepsa a COVID-19

„Nie zmarł na koronawirusa tylko na sepsę” – tego rodzaju informacje pojawiały się w mediach podczas pandemii COVID-19, a padały nawet z ust reprezentantów środowiska medycznego. Eksperci zwracali uwagę na absurdalność takich stwierdzeń, które świadczą o niedostatku wiedzy medycznej i niezrozumieniu, czym jest zakażenie, a czym jego następstwa. – Sepsa to niekontrolowana reakcja organizmu na czynnik zakaźny. Każdy, a więc także zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 – tłumaczy prof. Waldemar Goździk. – Organizm reaguje na zakażenie w określony sposób, ale gdy reakcja jest nasiloną, zaczyna niszczyć własne tkanki. Dochodzi wówczas do niewydolności narządowej. W przypadku ciężkiej postaci COVID-19 jest to najczęściej niewydolność układu oddechowego, ale nie tylko. Koronawirus uszkadza komórki śródbłonna naczyniowego, co może powodować niewydolność serca, nerek i innych narządów. A to już typowa sepsa.

Wyzwaniem profilaktyka

Co można zrobić, by zapobiegać sepsie? To ważne pytanie w sytuacji, gdy leczenie sepsy jest mało skuteczne, głównie z powodu zbyt późnego rozpoznania. Nie ma na nie prostych odpowiedzi.

– Np. w szpitalu sepsę może wywołać szereg czynników związanych z samą terapią – zauważa prof. Goździk. – Cewniki naczyniowe, rurki intubacyjne, wentylacja mechaniczna, itp. to potencjalne źródła zakażenia. Nacisk na profilaktykę jest trudny w praktycznej realizacji w naszych warunkach, bo po prostu brakuje personelu. Z tego powodu zmarą w polskich szpitalach pozostają np. zakażenia związane z wentylacją mechaniczną.

Jednak sepsa może się rozwinąć wszędzie, także w domu. Dlatego jest tak ważne, by była częściej niż obecnie rozpoznawana nie tylko na oddziałach intensywnej terapii, ale też w obszarze pomocy przedszpitalnej, w oddziałach ratunkowych i wszędzie tam, gdzie pacjent ma kontakt z lekarzem.

Do domu z nowym sercem albo... małą pompą



© Tomasz Modrzejewski/UMED Wrocław

55 transplantacji serca i 15 wszczepionych przenośnych pomp wspomagających pracę tego narządu – to bilans Instytutu Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu od rozpoczęcia programu przeszczepiania serca w lutym ub. r. do połowy maja br. USK pozostaje jedynym ośrodkiem w regionie, a jednym z sześciu w Polsce, gdzie można przeprowadzać obie procedury. Najnowszej generacji pompy HeartMate III, z którymi pacjent może po prostu iść do domu i przez dłuższy czas normalnie żyć, w Polsce mają prawo implantować jedynie ośrodki przeszczepowe. Urządzenia te są traktowane jako pomost do transplantacji serca i mają na celu umożliwić choremu dotrwanie w co najmniej zadowalającej kondycji fizycznej do docelowego zabiegu. Uzupełnienie programu transplantacji o nowe metody wspomagania mechanicznego pozwala USK zabezpieczyć potrzeby najcięższych chorych kardiologicznie z całego Dolnego Śląska, a nawet najbliższych Wrocławia ośrodków kardiologicznych położonych poza granicą województwa.

Rozwój technologii medycznych w ostatnich latach zwiększył możliwości leczenia chorych z ciężką niewydolnością serca. Choć nadal ratunkiem dla wielu z nich pozostaje transplantacja

serca, to coraz częściej zastosowanie znajdują urządzenia do mechanicznego wspomagania jego pracy. Te możliwości wykorzystuje się zwłaszcza w sytuacjach, gdy z różnych powodów nie ma szansy na

szybkie przeszczepienie: brakuje odpowiedniego dawcy albo u samego chorego występują przeciwwskazania. Stosowane od wielu lat urządzenia do mechanicznego wspomagania pracy serca (m.in. ECMO) pozwalają wprowadzić choremu bezpiecznie przeczekać najgorszy czas, ale musi on pozostać pod intensywnym nadzorem w szpitalu, kiedy jest do nich podłączony. Pojawienie się małych, implantowalnych pomp z tytanu zmieniło w sposób diametralny jakość życia pacjentów czekających na transplantację.

Pomost do przeszczepienia

– Pompy HeartMate III, które zaczęliśmy wszczepiać jesienią ubiegłego roku, mają dla pacjenta tę zaletę, że pozwalają mu opuścić szpital w krótkim czasie po zabiegu, czasem już po tygodniu – tłumaczy prof. Michał Zakliczyński z Pododdziału Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia Instytutu Chorób Serca USK. – Po zabiegu i kilkudniowej rehabilitacji pacjent może po prostu iść do domu, podejmować aktywność, a przede wszystkim być samodzielnym i niezależnym od pomocy innych. Urządzenia są niewielkie, podczas operacji umieszczamy je w pobliżu koniuszka lewej komory serca. Pompa zastępuje czynność niewydolnej komory. Zasilana jest

▶ Transplantacja serca to zabieg skomplikowany, wymagający od całego zespołu nadzwyczajnego zaangażowania i skupienia.

bateriami, poprzez przewody wprowadzone na zewnątrz, łatwe do ukrycia pod ubraniem. Jedyne, o czym pacjent musi pamiętać, to troska o przewód zasilający (tzw. linię życia) i ładowanie baterii.

Wcześniej dostępne na rynku urządzenia tego typu można było ładować podczas jazdy samochodem. Przy używaniu HeartMate III nie jest to konieczne.

– Każda z dwóch baterii w urządzeniu wystarczą na 17 godzin, a nie jest wskazane, by osoba z ciężką niewydolnością serca tyle czasu prowadziła samochód – mówi Jakub Jankowski, koordynator programu wspomagania mechanicznego Instytutu Chorób Serca USK. – Niezależnie od aktywności pacjenta, spokojnie może zapewnić zasilanie swojej pompy w normalnych warunkach. Producent ostatniego modelu pompy zmienił konstrukcję urządzenia, eliminując wady poprzednich typów. Technologia jest niesamowita. Pompa zbudowana jest w taki sposób, że wirnik napędzający krew nie ma żadnego łożyska. Zawieszony jest w polu elektromagnetycznym stabilizując się 20 tys. razy na sekundę. Dzięki temu zniwelowano ryzyko zakrzepowo-zatorowe prawie do minimum, a jednocześnie nie ma możliwości wypadnięcia wirnika z osi. Prędkość wirnika ustawiamy indywidualnie dla każdego pacjenta i jest to zakres standardowo 4800-5400/min. Samo urządzenie może pracować z prędkością w zakresie 3000-9000 obrotów na minutę dając przepływ 10 l.

Urządzenia przewidziane są do wieloletniej pracy, ale o tym, jak długo będą wspomagać chore serce, decydują także regulacje prawne. W niektórych krajach pompy wszczepialne mogą być stosowa-

ne jako terapia docelowa. Chory otrzymuje wówczas urządzenie nie tylko jako pomost do transplantacji, ale zamiast tego zabiegu. W innych – jak w Polsce i Wielkiej Brytanii – metoda dopuszczona jest u tych chorych, którzy zostali już zakwalifikowani do przeszczepu, ale z jakichś powodów nie mogą go otrzymać. Najczęściej wiąże się to z na tyle złym stanem biologicznym organizmu, że istnieje ryzyko niepowodzenia transplantacji. Inny częsty powód wszczepiania pompy to małe prawdopodobieństwo znalezienia odpowiedniego dawcy. Tak bywa np. w przypadku pacjentów o dużej wadze, dla których narząd o odpowiedniej wielkości czasami czeka się bardzo długo. Istnieje realne ryzyko, że pacjent go nie doczeka. Wtedy ratuje go pompa. Co więcej, czasem na skutek jej zastosowania stan chorego tak dalece się poprawia, że pojawia się szansa na uniknięcie transplantacji.

Tylko nie popływają

Jednym z zadań Jakuba Jankowskiego jako koordynatora programu jest kontakt z pacjentami. Spotyka się z różnymi reakcjami.

– Po wszczepieniu pompy pacjenci zazwyczaj od razu czują poprawę, często spektakularną – mówi koordynator. – Zdarzyło się już, że pacjent wcześniej czekający z niecierpliwością na transplantację, po implantacji HeartMate III nie chciał już o niej słyszeć. Bo po przechodzie trudny, obciążający zabieg, z koniecznością stosowania immunosupresji do końca życia, skoro małe urządzenie w sercu pozwala mu żyć praktycznie bez ograniczeń? Pomijając sporty ekstremalne, pacjent z pompą może w zasadzie wszystko, poza kąpie-



fot. T. Walów

▶ – Zawsze proponujemy pacjentowi to, co jest dla niego najlepsze – podkreśla prof. Michał Zakliczyński. – O tym, czy jest to transplantacja, czy mechaniczne wspomaganie pracy serca, decydują względy medyczne w konkretnych okolicznościach. W leczeniu ciężkiej niewydolności serca metodą z wyboru nadal pozostaje transplantacja.



fot. T. Walów

▶ „Mówię Ci, wstań i idź do domu” - taki napis na koszulkach zespołu rehabilitantów kardiologicznych Instytutu Chorób Serca mówi wszystko o celu, jaki stawiany jest przed pacjentem kardiologicznym.

lą w otwartych wodach z powodu zasilania. Kąpiel pod prysznicem jest możliwa, dzięki wodoszczelnej torebce, w której umieszczone są baterie. Na drugim biegunie mamy pacjentów, którzy są wręcz niezadowoleni, kiedy oferuje się im pompę, o której wcześniej nie słyszeli, za to nastawieni byli od dawna na nowe serce. Trzeba im dokładnie wytłumaczyć, na czym to polega i że w danej sytuacji jest to dla nich najlepsze, jeśli nie jedynie wyjście.

Pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na każdy rodzaj zabiegu, jaki proponują mu specjaliści. Nikt nikomu nie przeszczepi serca ani nie zaimplementuje pompy wbrew jego woli.

– My jednak zawsze proponujemy pacjentowi to, co jest dla niego najlepsze – podkreśla prof. Michał Zakliczyński. – O tym, czy jest to transplantacja, czy mechaniczne wspomaganie pracy serca, decydują względy medyczne w konkretnych okolicznościach. W leczeniu ciężkiej niewydolności serca metodą z wyboru nadal pozostaje transplantacja.

Historie nie zawsze proste

Typowy pacjent, któremu w USK przeszczepiono serce, to mężczyzna w wieku 50–60 lat, z długoletnią historią choroby kardiologicznej. Takich jest najwięcej, ale nie brakuje też przypadków „nietypowych”. Nowe serce musiała dostać 20-letnia dziewczyna, nigdy wcześniej nie narzekająca na zdrowie, młody mężczyzna, które-

go stan pogorszył się dramatycznie po zachorowaniu na COVID-19; czy też 70-latek, u którego efekty transplantacji przeszły najsmielsze oczekiwania. Dotychczas wśród 53 biorców było zaledwie 7 kobiet. To niewielki odsetek, ale same liczby nie mówią nic o kryjących się za nimi ludzkimi dramatami. Jedną z pacjentek to młoda matka, która zabieg przeszła wkrótce po urodzeniu dziecka. Kolejną to samotna matka kilkorga dzieci. Kiedy upadła nieprzytomna na podłogę we własnym mieszkaniu, reanimował ją starszy syn. U obu doszło do kardiomiopatii pęcherzowej, która zdarza się rzadko, a jej przebieg jest trudny do przewidzenia – spektakularne przypadki poprawy u jednych pacjentek przeplatają się z zagrażającymi życiu dekompenzacjami u innych.

Mateusz Rakowski koordynator ds. transplantacji serca Instytutu Chorób Serca USK zna historie każdego przeszczepowego pacjenta. Z każdym jest w bezpośrednim kontakcie i to jego telefon może obudzić czekającego w kolejce na przeszczepienie w środku nocy. „Mamy serce” – taki komunikat może zaskoczyć.

– Zdarzyło się, że choć pacjent był już długo na planowej liście do przeszczepienia, kiedy w końcu znalazło się dla niego serce, odmówił – wspomina Mateusz Rakowski. – Niektórzy z listy planowej sami dzwonią do nas wielokrotnie, przypominając o sobie, inni przyzwyczajają się do życia, w którym wchodząc na pierwsze piętro muszą robić dwie przerwy i rezygnują.

Jednak 90 proc. pacjentów przeszczepianych w Polsce znajduje się na liście pilnej, w wielu przypadkach ich stan nie pozwala, by na przeszczepienie czekali w domu. Raz spotkaliśmy się z wycofaniem zgody dosłownie w ostatnim momencie. Zespół pojechał już po serce, zaczynamy przygotowywać biorcę, a on nagle stanowczo odmawia i nie daje się przekonać. W takiej sytuacji niewiele możemy zrobić, ale na szczęście serce pasowało do innego mężczyzny z listy i wszystko poszło zgodnie z planem.

Mężczyzna, który z niewiadomych przyczyn odmówił zabiegu, w krótkim czasie zmarł. Więcej szczęścia miał inny pacjent, u którego tuż przed transplantacją, już po zgłoszeniu, że jest dla niego dawca, doszło do udaru mózgu. Dzięki temu, że był w USK, gdzie wykonuje się trombektomię (mechaniczne usuwanie skrzepin z zajętych naczyń), został szybko poddany temu zabiegowi. W trombektomii czas gra kluczową rolę, jeśli uda się ją zrobić w ciągu pierwszych godzin od wystąpienia udaru, można czasem zupełnie wyeliminować jego skutki. I tak chory wyszedł z udaru praktycznie bez szwanku, a niedługo potem otrzymał nowe serce.

Medycyna bywa nieoczywista. Czasem lekarze nie wiedzą, dlaczego coś idzie nie tak, jak należałoby się spodziewać. Dotyczy to nie tylko porażek, ale także sukcesów. Tak właśnie było z najstarszym pacjentem, któremu w USK przeszczepiono serce. 70 lat uważa

Transplantacje serca w obiektywie

W holu głównym USK do końca maja można obejrzeć zdjęcia z pierwszych, historycznych przeszczepów serca przeprowadzonych w Instytucie Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. To część większej ekspozycji, która była prezentowana przez kilka tygodni na wrocławskim rynku. Każda z fotografii opatrzona jest krótkim komentarzem, opisującym szczegóły poszczególnych zabiegów. Ponadto na planszach przeczytamy informacje o zespole przeszczepowym, jednostkach wspomagających transport organów z różnych części Polski oraz ich pochodzeniu. Przypominamy, zespół Instytutu Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przeprowadził pierwszą transplantację serca pod koniec lutego 2021 r.



się za górną granicę wieku, powyżej której szanse na korzystny wynik takiego zabiegu znacznie maleją. A jednak to właśnie ten 70-latek z licznymi chorobami współistniejącymi – jak to określa koordynator – przeszedł przez przeszczepienie jak burza: wyjątkowo szybko wrócił do pełni sił i opuścił szpital.

O tym, jak ważne w życiu jest szczęście, zwłaszcza do spotykania właściwych ludzi we właściwym momencie, przekonał się kolejny biorca. Jako kierowca karetki, wiozącej zespół USK do pobrania serca, wdał się w rozmowę – oczywiście, na tematy kardiologiczne. Od słowa do słowa, a rozmówca – lekarz – stwierdził, że kierowca powinien się dokładniej zbadać, bo jego objawy są niepokojące. Za jakiś czas stawił się na badania, które

wykazały poważne problemy. Tak poważne, że został zakwalifikowany do pilnego przeszczepu. Dziś dawno jest po zabiegu, szczęśliwy, że może wrócić do swojej pasji. Od dwóch lat z powodów zdrowotnych nie latał na parolotni i teraz zamierza to nadrobić.

– Nie wszystkich, ale niektórych pacjentów interesuje, czyje serce dostali – przyznaje Mateusz Rakowski. – Możemy im zdradzić jedynie wiek i płeć, nic więcej, żadnych szczegółów. Ale nawet tak skąpe informacje mogą wywołać emocje. Szczególnie zapadła mi w pamięć jedna pacjentka, starsza pani, która bardzo przejęła się tym, że ma serce 23-letniej dziewczyny. Ta dziewczyna mogłaby być jej córką i była to dla niej naprawdę poruszająca informacja.



► Mateusz Rakowski koordynator ds. transplantacji serca Instytutu Chorób Serca USK zna historie każdego przeszczepowego pacjenta. Z każdym jest w bezpośrednim kontakcie i to jego telefon może obudzić czekającego w kolejce na przeszczep w środku nocy.



► Pan Przemysław po wszczepieniu pompy jeszcze na oddziale, ale wkrótce we własnym domu.

USK pomaga medykom w Ukrainie



Dwa transporty leków i środków medycznych o wartości 20 tys. euro trafiły do Tarnopola za pośrednictwem USK, Międzynarodowej Grupy Ratownictwa Specjalistycznego „Strażacy Wspólnie Przeciwko Białaczce” z Lubina oraz organizacjom z Włoch. Tarnopolski Uniwersytet Medyczny jest bazą, z której najpotrzebniejsze w czasie wojny leki i środki medyczne trafiają do szpitali w całej Ukrainie. Obecnie przygotowują się kolejne dwa transporty, które powinny wyruszyć na przełomie maja i czerwca.

Wszystko zaczęło się od osobistych i zawodowych kontaktów pracowników USK z placówkami medycznymi z Ukrainy. Kiedy wybuchła wojna i szybko się okazało, że Rosjanie nie oszczędzają cywilów, bombardując także szpitale pełne chorych ludzi, tamtejsi lekarze zwrócili się o pomoc do swoich przyjaciół w Polsce. Jednym z nich był lekarz stażysta z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Stanisław Komarnytskyi, który rok wcześniej, po studiach medycznych w Ukrainie, podjął pracę w USK. Po 24 lutego jego telefon grzał się do czerwoności. Z ukraińskich placówek medycznych, w których miał znajomych, słano rozpaczliwe prośby o pomoc. SMS-y z listami najpotrzebniejszych rzeczy do leczenia pacjentów, wciąż się wydłużały. W błyskawicznym czasie doszło do uruchomienia kontaktów całego łańcucha ludzi z różnych środowisk. Głównie wolontariuszy.

– Zareagowaliśmy natychmiast po wybuchu wojny, ponieważ wiedzieliśmy, że nie każdego pacjenta można wywieźć z Ukrainy, choćby ze względu na stan zdrowia – mówi Paweł Gębalski, szef Międzynarodowej Grupy Ratownictwa Specjalistycznego „Strażacy Wspólnie Przeciwko Białaczce” z Lubina. – Można było przewidzieć, że wielu pacjentów będzie potrzebowało pomocy tam, na miejscu i że trzeba do nich z tą pomocą dotrzeć. Do naszej grupy należą strażacy z Kamieńca Podolskiego, więc początkowo myśleliśmy głównie o placówkach medycznych w tym mieście, ale akcja się rozszerzyła.

Włączyło się do niej stowarzyszenie Via dell’Ambra, współpracujące z organizacjami społecznymi we włoskim Forli:

– Obrona cywilna w tym mieście, podobnie jak w całej Italii, jest doskonale zorganizowana i przygotowana na różne nagłe zdarzenia – mówi Dorota Wiśniewska, sze-

fowa stowarzyszenia. – Procedury są przeciwzinczone i działają automatycznie. Włosi natychmiast rozpoczęli zbiórkę na rzecz Ukrainy i byli gotowi na konkretne zakupy.

Pozostało spiąć wszystkie elementy: USK przygotował listy leków i środków medycznych, potrzebnych przede wszystkim w leczeniu ofiar działań wojennych, Via dell’Ambra spełniła rolę koordynatora między USK a włoskimi organizacjami, a lubińscy strażacy zorganizowali transport i zawieźli go do Ukrainy. Część trafiła do Tarnopola, gdzie pracownicy Uniwersytetu Medycznego rozdzielili dary na ośrodki medyczne według ich potrzeb. Strażacy pojechali też z pomocą do Kamieńca Podolskiego. Przygotowywane są kolejne dwa transporty. Jest szansa, że na przełomie maja i czerwca wszystko będzie gotowe i strażacy znowu wyruszą w trasę. Tym razem planują pojechać do Kijowa.



► Polsko-włoska ekipa pod budynkiem USK przed wyjazdem do Ukrainy. Na pierwszym planie stażysta USK Stanisław Komarnytskyi.



► Wypełnione po brzegi lekami i środkami medycznymi auta szczęśliwie dotarły do celu. Paweł Gębalski przyznaje, że przejazd przez tereny ogarnięte wojną jest ryzykowny, ale pomagać trzeba.

DROGI PACJENCIE!

ZAPRASZAMY CIĘ DO UDZIAŁU
W DOBROWOLNEJ I W PEŁNI ANONIMOWEJ
ANKIECIE PT. „BADANIE DOŚWIADCZEŃ
PACJENTA ZE ŚWIADCZONEJ OPIEKI W USK”

Ankieta kierowana jest do wszystkich pacjentów
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Ankieta dostępna jest poprzez stronę internetową :

<https://www.cmj.org.pl/ankiety/usk>

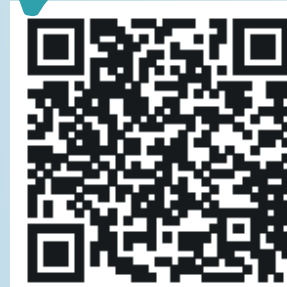
Wypełnienie ankiety zajmuje około 5 minut.

Dziękujemy!



Zeskanuj Mnie!

I przejdź do ankiety.



Ankieta dostępna również pod QR Kodem

Skuteczniejsze leczenie dzieci w wielodyscyplinarnym szpitalu



Konieczne jest nowe podejście do leczenia dzieci. Ci pacjenci, w jeszcze większym stopniu niż dorośli, powinni mieć dostęp do pełnej diagnostyki i kompleksowej opieki specjalistów różnych dziedzin w jednym miejscu. Ponadto trzeba maksymalnie wykorzystać możliwości leczenia w trybie ambulatoryjnym w ciągu jednego dnia. Nieporozumieniem są wędrowni z chorym dzieckiem od specjalisty do specjalisty w poszukiwaniu właściwej diagnozy, badania wykonywane w wielu różnych pracowniach, długie oczekiwanie na konieczne konsultacje, przedłużające się pobyty w szpitalu bez wskazań medycznych – ocenia pediatra i alergolog dr Ewa Willak-Janc, dolnośląski konsultant w dziedzinie pediatrii.

Kilka miesięcy temu Pani odpowiednik na Opolszczyźnie zrezygnował ze swojego stanowiska, a media szeroko obiegrała jego opinia, że opieka pediatryczna w Polsce wygląda „gorzej niż w Kambodży”. Czy podziela Pani to zdanie?

Dr Ewa Willak-Janc: W naszym regionie aż tak źle nie jest, sądzę że na Opolszczyźnie sytuacja jest znacznie trudniejsza, głównie z powodu większych braków kadrowych. Jednak nas ten problem także dotyczy, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach. O ile znajdują się jeszcze pediatrzy chętni do pracy we Wrocławiu, to już mało kto chce pracować poza stolicą Dolnego Śląska.

Czy to znaczy, że dla małych pacjentów wymagających leczenia

w szpitalu w naszym regionie jest za mało miejsc?

Dr Ewa Willak-Janc: Teoretycznie nie. Na Dolnym Śląsku działa 39 oddziałów pediatrycznych, a więc całkiem sporo. Teoretycznie. Wystarczyło zlikwidowanie oddziału pediatrycznego w jednym z wrocławskich szpitali, by pojawił się problem. Ponieważ obłożenie na pediatrii ma charakter sezonowy, obecnie odczuwamy nawal pacjentów z wiosennymi infekcjami. Do tego dochodzą uchodźcy z Ukrainy. W tej sytuacji oddziały rejonowe pękają w szwach, a niektóre są wręcz na granicy wydolności. Stały problem stanowi brak oddzielnych dla dzieci szpitalnych oddziałów ratunkowych, co jest poważnym utrudnieniem. Ponadto niektóre z oddziałów pediatrycz-

nych są małe, przyjmują niewielu pacjentów. Zasadne są wątpliwości, czy warto utrzymywać oddział, na którym w ciągu roku leczy się tyle dzieci, ile w dużym szpitalu miesięcznie? Zwłaszcza, gdy ta placówka znajduje się w niewielkiej odległości od miejsca zamieszkania, bo zwykle dzieli je nie więcej niż 40-50 km. To nie jest kłopot, szczególnie że dzieci są hospitalizowane razem z opiekunami. Kolejna kwestia to jakość opieki w placówkach, w których nie ma stałego dostępu do specjalistów różnych dziedzin. To kluczowa sprawa w diagnostyce bardziej skomplikowanych przypadków.

Wiele mówi się o nadużywaniu leczenia szpitalnego w polskim systemie ochrony zdrowia, jako o jego poważnej wadzie. Zbyt dużo

Rozwój pediatrii w strategii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Senat Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w lutym br. uchwalił strategię uczelni na lata 2021-2028. Jako cel strategiczny w obszarze klinicznym określono „stworzenie ośrodka klinicznego, w oparciu o działalność naukową i dydaktyczną Uniwersytetu, o krajowej i europejskiej sile oddziaływania w wybranych dziedzinach medycyny”. Jedną z nich jest pediatria, co wiąże się z pozyskaniem funduszy i rozpoczęciem budowy Instytutu Pediatrii do roku 2024. W ramach jednego z celów operacyjnych strategia UMW zakłada opracowanie i wdrożenie Uniwersyteckiego Programu Rozwoju Pediatrii od roku 2022.

chorób leczy się w szpitalu, zamiast w trybie ambulatoryjnym. Czy dotyczy to także pediatrii?

Dr Ewa Willak-Janc: W naszej dziedzinie to już raczej przeszłość. Kiedyś system rozliczeń przez NFZ wymuszał co najmniej trzydniową hospitalizację, ale na szczęście jest to już nieaktualne, zlikwidowano te absurdalne wymogi. W większości dzieci są w szpitalu tyle czasu, ile naprawdę muszą. Coraz więcej problemów rozwiązuje się też w ramach hospitalizacji jednodniowych, podczas których dziecko wraca na noc do domu, ale tu też jest pole do poprawy. Nadal jednak są i będą sytuacje, w których dłuższy pobyt w szpitalu jest konieczny. Nie wszystko da się wyleczyć ambulatoryjnie ani w ciągu jednego dnia. Dotyczy to także diagnostyki. Przychodzi dziecko z kaszlem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kaszel się utrzymuje, kierowane jest do pulmonologa, alergologa, itd. Czasem rodzice wędrują w ten sposób od specjalisty do specjalisty i mija wiele czasu, zanim pacjent zostanie właściwie zdiagnozowany. Gdyby takie dziecko trafiło do wielodyscyplinarnego szpitala, łatwiej i szybciej można by dobrać do rozpoznania. Na tym polega szpital, oczywiście pod warunkiem, gdy zapewnia dostęp do specjalistów poza oddziałem. Konieczne jest nowe podejście do leczenia dzieci. Ci pacjenci, w jeszcze większym stopniu niż dorośli, powinni mieć dostęp do pełnej diagnostyki i kompleksowej opieki specjalistów różnych dziedzin w jednym miej-

scu. Ponadto trzeba maksymalnie wykorzystać możliwości leczenia w trybie ambulatoryjnym w ciągu jednego dnia. Nieporozumieniem są wędrowni z chorym dzieckiem od specjalisty do specjalisty w poszukiwaniu właściwej diagnozy, badania wykonywane w wielu różnych pracowniach, długie oczekiwanie na konieczne konsultacje, przedłużające się pobyty w szpitalu bez wskazań medycznych – chcemy, żeby to wszystko odeszło do lamusa.

Czy w naszym regionie także jest zbyt mało pediatrów? Z czego to wynika?

Dr Ewa Willak-Janc: Średnia wieku dolnośląskiego pediatry to 58 lat. Co roku ubywa ich o ok. 20 osób – lekarze umierają lub przechodzą na emeryturę, a na ich miejsce przychodzi coraz mniej nowych. Systemowo zniszczono pediatrię w 1999 r., gdy wprowadzono zmiany zasad szkolenia podyplomowego i część pediatrów pracująca w lecznictwie otwartym została zmuszona do zrobienia specjalizacji z medycyny rodzinnej. Powstała w ten sposób luka pokoleniowa nie jest łatwo wypełnić. Pediatria nie jest specjalizacją cieszącą się dużym zainteresowaniem wśród młodych lekarzy. A jeśli już się na nią decydują, wolą pracować w przychodniach POZ, gdzie nie ma nocnych dyżurów, weekendy ma się wolne, a zarabia się relatywnie więcej. Stopniowy odpływ kadry medycznej jest katastrofalny i jeśli nie zmieni się systemu, w niedalekiej przyszłości naprawdę nie będzie miał kto leczyć dzieci.

Konsultanci wojewódzcy z UMW i USK

Aktualna lista konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia na Dolnym Śląsku, pracujących na Uniwersytecie Medycznym i w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu:

- anestezjologia i intensywne terapię – dr Małgorzata Lipińska-Gediga
- angiologia – dr Andrzej Dołyk
- chirurgia ogólna – dr hab. Paweł Domostawski
- choroby wewnętrzne – prof. Grzegorz Mazur
- dermatologia i wenerologia – dr hab. Danuta Nowicka
- diabetologia – prof. Rajmund Adamiec
- endokrynologia prof. Marek Bolanowski
- endokrynologia i diabetologia dziecięca – dr hab. Ewa Barg
- epidemiologia – dr Robert Susło
- farmacja kliniczna – mgr Olga Fedorowicz
- farmacja przemysłowa – dr Artur Owczarek
- farmakologia kliniczna – dr Ewa Jaźwińska-Tarnawska
- gastroenterologia – dr hab. Elżbieta Poniewierka
- gastroenterologia dziecięca – prof. Barbara Iwańczak
- genetyka kliniczna – dr Ryszard Ślęzak
- geriatria – dr Zbigniew Machaj
- hematologia – prof. Lidia Usnarska-Zubkiewicz
- hipertensjologia – dr Anna Szymańska-Chabowska
- immunologia kliniczna – dr Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska
- kardiologia – prof. Marek Jasiński
- kardiologia – dr hab. Wiktor Kulickowski
- medycyna ratunkowa – dr Janusz Sokołowski
- medycyna sądowa – dr Jakub Trnka
- mikrobiologia lekarska – prof. Marzenna Bartoszewicz
- nefrologia – prof. Oktawia Mazanowska
- nefrologia dziecięca – dr hab. Irena Makulska
- neonatologia – dr Małgorzata Czyżewska
- neurochirurgia – prof. Włodzimierz Jarmundowicz
- neurologia – dr Marta Nowakowska-Kotas
- okulistyka – prof. Marta Misiuk-Hojo
- onkologia i hematologia dziecięca – prof. Bernarda Kazanowska
- ortodoncja – prof. Joanna Lis
- otolaryngologia – dr hab. Tomasz Zatoński
- otolaryngologia dziecięca – dr Monika Morawska-Kochman
- pediatria – dr Ewa Willak-Janc
- pediatria metaboliczna – prof. Robert Śmigiel
- peridontologia – prof. Tomasz Konopka
- pielęgniarstwo – dr Jolanta Kolasieńska
- pielęgniarstwo diabetologiczne – mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska
- pielęgniarstwo psychiatryczne – Jerzy Twardek
- protetyka stomatologiczna – dr Zdzisław Artur Bogucki
- radiologia i diagnostyka obrazowa – prof. Urszula Zaleska-Dorobisz
- reumatologia – dr hab. Jerzy Świerkot
- stomatologia zachowawcza z endodoncją – dr hab. Katarzyna Skośkiewicz-Malinowska
- urologia – prof. Romuald Zdrojowy
- urologia dziecięca – prof. Wojciech Apoznański

USK w Miasteczku Zdrowia 2022



▶ Odwiedzający Miasteczko Zdrowia mieli wiele pytań do naszych specjalistów.



▶ Duże zainteresowanie akcjami prozdrowotnymi to najlepszy dowód na to, jak bardzo są one potrzebne.

Na placu Centrum Handlowego Magnolia Park 28 kwietnia br. po raz kolejny zagościło Miasteczko Zdrowia. To organizowane od kilku lat przez Fundację Veritas ogólnopolskie wydarzenie ma na celu popularyzację profilaktyki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu jest jednym z partnerów medycznych Miasteczka Zdrowia. I w tym roku nie mogło nas zabraknąć. Nasi lekarze, farmaceuci i pielęgniarki udzielali porad, konsultacji, wykonywali badania.

Kolejki chętnych ustawiały się do konsultacji dermatologicznych, a hitem okazały się wieloparametrowe badania krwi, podczas których z jednego uklucia palca można było uzyskać 17 wskaźników. Ponadto odwiedzający nasze stoisko w Miasteczku Zdrowia mieli okazję do zmierzenia po-

ziomu glukozy z krwi, ciśnienia tętniczego, saturacji, a także badań przesiewowych zaburzeń pamięci i chorób otępiennych oraz pod kątem bólów kręgosłupa. Dużym zainteresowaniem cieszyły się przeglądy lekowe, podczas których farmaceuci z USK tłumaczyli, jak i kiedy przyjmować swoje

lekarstwa; sprawdzili, czy np. nie wchodzi w interakcję lub nie są przeterminowane. Były też informacje o programach profilaktycznych, z których można skorzystać w USK oraz porady o zachowaniach prozdrowotnych i higienicznym trybie życia.

Krzyżówka panoramiczna

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru: „Pisanki wielkanocne”
Nagrodę otrzymuje Arkadiusz Gąsior.

Rozwiązanie można przesłać na e-mail: agiedroyc-skiba@usk.wroc.pl lub wrzucić wypełniony kupon do skrzynki w informacji (hol główny). Zwycięzców wybieramy 6 czerwca. Nagroda - książka.



Rozwiązanie krzyżówki:

Imię:

Nazwisko:

Telefon:

CHORY ODZYSKUJĄCY SIŁY W UZDROWISKU	DAWNA OPLATA PRZY WJĘDZIE DO MIASTA	ZBIÓR IDEI, POGŁADÓW I PRZEKONAŃ	5	ŁĄZEGA, POWSINOGA	WĘSKI SOS Z BAZYLIA	TAJNY TUNEL NA TRASIE CELA-WOLNOŚĆ	ZWYCIEZCA W KONKURSIĘ MĘSKIEJ URODY
					ZUPA GÓRSKA		
					KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA		8
ROŚLINA LECZNICZA				4	ZAPACH SPALENIZNY	7	
RUDY GRZYB							MODEL OPLA
NIE WIERZY W ISTNIENIE BOGA		18			ODPOWIEDNI OKRES		11
ODKRYŁ HAWAJE	1			... ZDROWIA TO PRZYCHODNIA	2		
JAPŃSKIE ZAPASY		CZEŚĆ ATLASU		PRZEDSTAWICIEL SUBKULTURY MĘDZIEŻOWEJ		INTERWAŁ MUZYCZNY	
				MIARA POWIERZCHNI W USA			17
OPOWIEŚĆ O RODZIE LUB BOHATERZE				15	AUTOR POWIEŚCI „IMIĘ RÓŻY”	3	
					FILM W REŻYSERII AKIRY KUROSAWY		6
SILNIE UKRWIONA TKANKA WYPEŁNIAJĄCA KOŚCI	BRAT MOJESZA			12	MOTYW DEKORACYJNY	10	
							16
							TALON NA COŚ DOBREGO
							14
							9
							6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----



Wydawca:
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

Informacja:
tel. (71) 733-1110
fax. (71) 733-1209
e-mail: sekretariat@usk.wroc.pl

Redakcja:
Alicja Giedroyc
e-mail: agiedroyc-skiba@usk.wroc.pl

Druk:
Drukarnia Polska Press Sp. z o.o.
41-203 Sosnowiec Miłowice
ul. Baczyńskiego 25 A



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU